



## Miami-Dade County Programa de Asistencia Para Evacuación de Emergencias

### Información e Instrucciones Para el Solicitante

El programa de asistencia para evacuación está diseñado para las personas con necesidades especiales que requieran ayuda durante una evacuación. Los aspirantes elegibles deberán tener una condición médica que requiera refugio especializado, que no está disponible en un centro de evacuación de huracanes. Residentes de una vivienda con asistencia no son elegibles.

El registro puede ser utilizado para cualquier tipo de emergencia que requiera evacuación, tales como inundaciones, huracanes o derramamientos de materiales peligrosos (como un escape de químicas tóxicas). Los recursos son limitados y le daremos prioridad a las personas que tuvieron la previsión de presentar su solicitud con anticipación. **No espere hasta que empiece la evacuación para reservar su lugar en el registro.**

Los centros de evacuación estarán **solamente** disponibles como **última alternativa** para personas que **no tienen otros recursos**. Si usted necesita evacuar, debe primero buscar refugio con parientes, amigos o organizaciones comunitarios. Los centros de evacuación no tendrán comodidades del mismo nivel de cuidado disponible en un hospital o vivienda con asistencia. Solamente tendrán disponible asistencia médica básica. **Deberá** ser acompañado por una persona encargada de su cuidado y esa persona deberá permanecer con usted durante su estancia en el centro de evacuación.

Las provisiones en los centros de evacuación serán limitadas. Usted deberá llevar con usted sus suministros de supervivencia que incluye ropa de cama, medicamentos y artículos personales (alimentación, agua y equipo médico). Se recomienda comer antes de salir de su hogar y traer sus alimentos dietéticos especiales.

Complete **todas** las secciones de la solicitud adjunta. Su médico deberá llenar y firmar la porción posterior de esta solicitud antes de someterla a nuestra oficina. Si más de una persona en su casa requiera asistencia durante una evacuación, cada uno de ellos debe entregar una solicitud separada. Instrucciones para la evacuación y una tarjeta de registro serán enviadas a usted una vez que se haya procesado y aceptado su solicitud. Lea estas instrucciones **cuidadosamente** y manténgalas en un lugar seguro. Prepárese sabiamente y permanezca alerta a los medios de comunicación durante emergencias.

Estaremos en contacto con usted para verificar su información personal y su necesidad de este programa cada año. Una vez que sea aceptada, usted no tendrá que volver a llenar esta solicitud. Si usted tiene cualquier pregunta o necesita información adicional, favor llamar al (305) 513-7700. Devuelva su solicitud a:

Miami-Dade Office of Emergency Management  
9300 NW 41 Street  
Miami, FL 33178

**Esta solicitud está disponible en Inglés, Español, Cróele y Braille. Si necesita información para la preparación de desastres, llame al Centro de Información al (305) 468-5900. Si utiliza TTY/TDD llame al (305) 468-5402 para ambas peticiones.**

# Solicitud de Asistencia Para Evacuación de Emergencias

Por favor lea la información e instrucciones adjuntas antes de completar este formulario. Llene todos los datos que se les pide. **Si no recibimos la información completa, será devuelta.**

**Por favor, use letra de molde y escriba claramente.**

Fecha de solicitud: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial segundo nombre: \_\_\_\_\_

Sexo:  M  F Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Tipo de residencia:  Casa/duplex  Apto./condo (Piso: \_\_\_)  Casa móvil/trailer  
 Pensión  Enfermería

Dirección: \_\_\_\_\_ Numero de Apto.: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección de correo (si es diferente a la de arriba): \_\_\_\_\_

Teléfono: Hogar:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Oficina:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Línea TTY/TDD:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Idioma Principal: \_\_\_\_\_

Nombre del pariente mas allegado (que no viva con Ud.): \_\_\_\_\_

Teléfono: Hogar:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Oficina:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**Yo tengo una persona encargada de ocuparse de mí quien me acompañará al centro de evacuación.**

Nombre del acompañante: \_\_\_\_\_

**Indique el tipo de asistencia que necesita usted diariamente.** (Marque todos aquellos necesarios)

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cuidado personal (al vestirme, con la higiene)   | <input type="checkbox"/> Movilidad (caminar/transferir)  | <input type="checkbox"/> Medicamentos                                       |
| <input type="checkbox"/> Guía (ciego o impedimento visual)  | <input type="checkbox"/> Alimentación  | <input type="checkbox"/> Diálisis   |
| <input type="checkbox"/> Comunicación<br>( <input type="checkbox"/> sordo <input type="checkbox"/> mudo)  | <input type="checkbox"/> Cuidado de heridas, Que tipo de herida: _____   | <input type="checkbox"/> Necesito ayuda para limpiar las vías respiratorias |
| <input type="checkbox"/> Necesito ayuda médica o tratamiento mental ( <input type="checkbox"/> intermitente <input type="checkbox"/> continuamente) | <input type="checkbox"/> Necesito Oxígeno<br>( <input type="checkbox"/> intermitente <input type="checkbox"/> continuamente) |   |

**¿Usa Ud. equipos médicos que requieren electricidad?**  Sí  No ( intermitente  continuamente)

**Especifique equipo médico que requiere electricidad:** \_\_\_\_\_

**¿Recibe Ud. ayuda de un hospicio o cuidado de salud en el hogar?**  Sí  No

Agencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**¿Necesitará Ud. transporte al centro de evacuación?**  Sí  No

**Yo uso:**

- Silla de rueda (transferible por sí mismo  sí  no)  Andador/bastón  Muletas  Perro de guía/ animal de servicio

**Estoy restringida a una cama:**  Sí  No

**Como aprendió ud sobre este programa?**

- De su agencia de cuidado de salud en el hogar / Cual? \_\_\_\_\_
- De la televisión, radio o periódico
- Del internet
- De un presentador
- Otro \_\_\_\_\_

Tengo las siguientes condiciones que son criterio para ser eligible, según la ley del estado: (marque aquellas necesarias)

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Enfermedad de Alzheimer</b><br><input type="checkbox"/> principios <input type="checkbox"/> moderada<br><input type="checkbox"/> avanzada (en cama) | <input type="checkbox"/> <b>Cardíaca</b><br><input type="checkbox"/> estable<br><input type="checkbox"/> no estable (ej: angina, etc.)           | <input type="checkbox"/> <b>Accidente Cerebro Vascular (CVA)</b> necesito estar en cama   |
| <input type="checkbox"/> <b>Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD)</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Cystic Fibrosis</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Diálisis Peritoneal Continuo de forma ambulatoria (CAPD)</b>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Demencia</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Enfisema</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Distrofia Muscular</b>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Cadera artificial</b><br><input type="checkbox"/> menos de seis meses<br><input type="checkbox"/> más de seis meses                                 | <input type="checkbox"/> <b>Rodilla artificial</b><br><input type="checkbox"/> menos de seis meses<br><input type="checkbox"/> más de seis meses | <input type="checkbox"/> <b>Desorden Neuro-muscular (ej: distrofia muscular, etc.)</b><br><input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> avanzada |
| <input type="checkbox"/> <b>Enfermedad de Parkinson</b><br><input type="checkbox"/> comienzo <input type="checkbox"/> avanzada  | <input type="checkbox"/> <b>Psicosis</b><br><input type="checkbox"/> controlada <input type="checkbox"/> incontrolable                           | <input type="checkbox"/> <b>Ataques epilépticos</b><br><input type="checkbox"/> controlados <input type="checkbox"/> incontrolable                            |

Otro: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona llenando el

formulario: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

---

### Firma del Solicitante y Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

Yo certifico que esta información está correcta. Yo entiendo que basado en la información adjunta, la Oficina de Administración de Emergencias determinará el nivel de asistencia que necesito y asignarme a los programas adecuados. Yo entiendo que esta ayuda solo se hará posible durante la emergencia y que debo hacer los arreglos adecuados en caso que no pueda regresar a mi casa cuando termine la emergencia. **Entiendo que seré responsable por cualquier gasto para transporte para la evacuación y cualquier gasto asociado con mi estadía en un hospital u otra facilidad médica.** Le doy permiso legal a los proveedores de servicios médicos, agencias de transporte y otros como necesario a divulgar toda información personal requerida mientras responden a mis necesidades.

Firmando esta autorización, autorizo a la Oficina de Manejo de Emergencia del Condado Miami-Dade (OMEMD) siguiendo las regulaciones bajo la ley Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, the "HIPAA Privacy Rule", esta información médica que pertenece a mi salud o mí, sera utilizada para mi evacuación en caso de una emergencia.

Sé que el organismo que reciba los datos utilizados o divulgados conforme a esta autorización podrá hacer públicos dichos datos nuevamente con miras a la prestación de servicios de evacuación, refugio y transporte así como servicios de atención médica derivados de aquéllos.

Entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, a menos que OMEMD haya actuado ya en la autorización. Para revocar esta autorización, entiendo que debo hacerlo por escrito, a la Oficina de Manejo de Emergencia del Condado Miami-Dade 9300 NW 41 St, Miami, FL 33178, Atención: Coordinador de Ciudadanos con Necesidades Especiales.

Entiendo que si elijo revocar esta autorización, no seré elegible a ser parte del Registro de Ciudadanos con Necesidades Especiales, y no seré evacuado en una emergencia.

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Por favor, pídale a su médico que llene la siguiente información.** \_\_\_\_\_  
**This section must be completed by health care provider. Please print.**

**Health Care Provider:** \_\_\_\_\_

**Phone:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Primary Diagnosis:** \_\_\_\_\_ **Secondary Diagnosis:** \_\_\_\_\_

To the best of my knowledge and belief, the information provided on this form is correct and complete.

**Health Care Provider's Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Provider's License Number:** \_\_\_\_\_

**EMEOEM**  
**Office of Emergency Management**  
**9300 NW 41 Street**  
**Miami, FL 33178**